Théodore Kocher,
de Berne,
Professeur à l'Université.

20.

Traitement chirurgical du Goitre exophtalmique

EXTRAIT DES *COMPTES RENDUS*
DU 23e CONGRÈS DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE, 1910.

Secrétariat de l'Association
68, rue de Bellechasse, 68
Paris (VIIe)
1910

Digitized by the Internet Archive
in 2015

https://archive.org/details/b22439900

Extrait du CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE (23e session, Paris, 1910).

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS OF ENGLAND
12 FEB 13
LIBRARY

TRAITEMENT CHIRURGICAL

DU

GOITRE EXOPHTALMIQUE

Par M. Théodore KOCHER, de Berne,

Professeur à l'Université.

Si j'avais à décider pareille chose, je ferais afficher les excellents rapports de MM. Delore et Lenormant comme cela se fait pour les discours politiques importants. Si la chirurgie française tient à reconquérir ses droits pour le traitement de la maladie de Basedow, il faut soumettre pareils exposés aux yeux du public et du corps médical. Car, comme le dit très bien M. Lenormant, aussi longtemps que les médecins consultés en premier lieu estiment qu'il ne faut faire opérer que les cas où il n'y a plus rien à gâter, c'est-à-dire dans des conditions de cachexie avancée (où l'on trouve des lésions organiques, conséquence de la longue durée de l'intoxication thyroïdienne), vous ne ferez rien de bon avec votre chirurgie.

Nous sommes autorisés à déclarer qu'*une chirurgie bien entendue peut guérir promptement et brièvement la maladie de Basedow* dans ses commencements. Si c'est en France surtout que la chirurgie est restée quelque peu en arrière dans le domaine de cette dangereuse maladie, c'est qu'on a voulu faire trop brillamment, pendant que pour la plupart de ces opérations on ne peut aspirer à un heureux résultat que par des précautions extraordinaires et une appréciation approfondie du diagnostic, des chances du pronostic et de la méthode opératoire.

Il est de toute importance que le chirurgien voie le malade avec le médecin traitant *dès le commencement* de son affection, pas pour faire une opération tout de suite dans chaque cas,

mais pour discuter l'indication opératoire et pour préparer le malade à pouvoir la subir avec toutes les chances de succès.

Et d'abord il ne faut pas perdre de vue que tout individu pris de tachycardie, agitation, tremblement n'est pas encore un basedowien. Il y a une *hyperthyréose physiologique* surtout au moment de la puberté, pendant la grossesse, après des maladies infectieuses, et dans ces cas elle représente souvent une réaction salutaire. On a grand tort de confondre toute hyperthyréose avec la maladie de Basedow. Heureusement, pour décider si nous avons affaire à un cas pathologique et par cela même progressif, nous avons à l'heure actuelle des indications précises et importantes.

Avant tout, une condition *sine qua non* de justifier le diagnostic de vrai Basedow, il faut pouvoir démontrer des altérations anatomiques et physiologiques de la glande thyroïde; c'est essentiel pour distinguer d'une manière précise les cas qui réclament une intervention chirurgicale.

On a tort de prétendre qu'il y a des cas de cette maladie où il n'y a aucun changement anatomique de la glande thyroïde. Il s'agit de savoir le trouver et de ne pas s'attendre à voir un goitre volumineux dans ces cas de Basedow primitif. *L'hyperplasie de la glande* peut être très circonscrite, comme l'a démontré M. Callum, de sorte qu'il y a peu d'augmentation de volume, dans le commencement, des fois seulement d'un lobe ou partie de lobe, plus tard assez régulièrement de toutes les parties de la glande d'une manière uniforme.

Cette augmentation est caractérisée par des symptômes très caractéristiques de *sensibilité à la pression* qui manque dans le goitre ordinaire, *de dilatation vasculaire* s'accompagnant *de bruit de souffle* et d'une consistance différente soit molle au commencement, dure et régulièrement bosselée plus tard.

Ce qu'il y a de plus important encore c'est que même dans les cas avec des changements palpables difficiles à apprécier (on trouve des fois pendant l'opération d'assez grosses tumeurs où la palpation avait laissé des doutes sur leur existence) on peut constater l'influence caractéristique de l'hyperactivité, c'est-à-dire l'influence des hormones de la glande agissant d'une manière énergique sur le système nerveux végétatif sympathique et autonome.

Les symptômes du côté des paupières sont ordinairement plus prononcés au commencement que l'exopthalmie, surtout la rétraction typique de la paupière supérieure, signe de Dalrymple-Stellwag se trouve de bonne heure; les signes de Græfe, de Möbius viendront plus tard. Nous recherchons toujours régulièrement le

signe de Kocher dans les cas récents, ou au premier abord les yeux paraissent encore normaux, mais où l'on peut provoquer une crampe *momentanée* de la paupière supérieure en promenant la main très rapidement de bas en haut devant l'œil du malade. Le Dalrymple-Stellwag par contre est une rétraction continuelle.

Outre ces signes, je n'ai qu'à rappeler cette *excitabilité des accélérateurs* du cœur par des émotions déjà au moment où la tachycardie n'est peut-être pas encore très prononcée. Sous la même influence émotive on voit arriver les congestions de la figure, les taches rouges sur la poitrine et des transpirations abondantes et subites, des fois même la diarrhée.

Mais il y a autre chose encore pour constater la réaction si fine et subtile du système nerveux et autres organes vis-à-vis de l'influence de la sécrétion thyroïdienne, c'est l'état altéré du sang. On trouve dans tous les cas un peu prononcés au début déjà une formule de sang altérée dans ce sens, qu'avec un nombre d'érythrocytes normal il y a diminution relative ou absolue des globules blancs neutrophiles et augmentation relative ou absolue des lymphocytes. Il est possible que les neutrophiles soient retenus simplement dans les organes intérieurs (foie, poumons), comme le pense Falta, mais l'augmentation des lymphocytes ne s'explique pas seulement par l'effet lymphagogue des hormones thyroïdiens, mais par une irritation des organes lymphogènes, indiquée d'ailleurs par l'enflure des glandes lymphatiques et de la rate. Ce grand changement dans la quantité des leucocytes porteurs de ferments importants ne peut pas manquer d'influencer profondément la nutrition.

Un examen très important que nous avons trouvé en collaboration avec le Dr Kottman, c'est la diminution de la coagulabilité du sang et le ralentissement de la coagulation qui ne manque que dans des cas de très haute gravité.

Dans certains cas on réussit à constater l'influence de l'hypersécrétion thyroïdienne sur l'état d'autres organes à sécrétion interne, pour les glandes surrénales par exemple en forme d'adrénalinémie et pour le pancréas par la glycosurie.

Une fois le diagnostic de vrai Basedow posé, l'indication pour une intervention chirurgicale existe et l'on a seulement à se demander, *quand et de quelle façon on fera l'opération*, tout traitement médical restant insuffisant et incertain, excepté dans des cas très légers. Dans les cas récents de médiocre gravité on fera l'opération sans retard soit sous forme de ligature des artères thyroïdiennes supérieures, soit du pédicule supérieur pour paralyser en même temps les nerfs sécréteurs, soit plutôt en forme d'hémithyroïdectomie.

S'il existe de la *glycosurie* il faut d'abord la faire disparaître complètement avant l'opération, parce qu'elle indique une insuffisance du pancréas. Plus important encore de ne pas opérer trop vite, quand on trouve de l'*albuminurie*, avant de s'être rendu compte du degré de la néphrite thyréotoxique qui peut en être la cause.

Il est bon aussi de constater s'il existe une *insuffisance hépatique* en donnant une nourriture appropriée pour faire arriver la glycosurie alimentaire.

Quand on trouve déjà une *forte dilatation du cœur* (il y a des tachycardies prononcées sans dilatation notable), il vaut mieux faire un traitement préparatif. Mais si l'on trouve — et je crois que l'on peut presque toujours arriver à un jugement sûr — un *Status lymphaticus*, il faut se dire que c'est là un danger sérieux pour toute opération et pour une opération de goitre basedowien avant tout.

Dans tous ces cas, on n'arrive à se tirer d'affaire avec ses opérations que quand on exécute des *opérations successives*, qui nous ont donné des résultats dans des cas très graves, qui paraissaient hors de toute ressource thérapeutique.

Quant à la meilleure méthode, je me permets de renvoyer à mon *Traité de Chirurgie opératoire* où elle est exposée en détail (5e édition), décrite avec une petite modification par Delore dans son rapport.

On fera une ligature d'une artère thyroïdienne supérieure d'un côté, plus tard une ligature du pédicule supérieur de l'autre côté, qui agit d'une manière plus efficace puisqu'on détruit aussi les nerfs vasodilatateurs et sécréteurs de la glande (Asher), en dernier lieu une hémithyroïdectomie. Il ne faut jamais se laisser entraîner à faire dans une séance des excisions et résections très étendues à la Riedel dans des cas graves, car cette manière de faire a donné, même entre les mains habiles de Riedel lui-même, une forte mortalité (8 p. 100).

Permettez-moi, pour en finir, de vous dire quels sont nos résultats actuels pour l'opération du Basedow. Je vous rappellerai d'abord que mon fils, Dr A. Kocher, est arrivé à la conclusion, lors de son exposé de la question au Congrès de Médecine interne à Paris il y a quatre ans, qu'une opération judicieuse du Basedow nous a *toujours* donné une amélioration et que d'après la loi que j'ai formulée devant le Congrès de Médecine interne à Munich, nous l'avons entièrement dans notre main, d'arriver à une guérison complète en supprimant successivement jusqu'à la quantité nécessaire le tissu thyroïdien fournissant le surplus de sécrétion nuisible.

Mon fils a réuni tous nos cas d'opération de goitre dans la maladie de Basedow jusqu'au 1er août 1910. Nous avons opéré jusqu'à ce moment 469 malades basedowiens, en exécutant 607 opérations. Sur ces cas nous avons une mortalité de 3,4 p. 100 en comptant les malades, de 2,6 p. 100 en comptant les opérations.

Dans cette statistique sont inclus tous nos cas. Mais pour vous prouver que ce n'est pas le dernier mot, je vous dirai que parmi nos 100 derniers cas nous n'avons perdu qu'un seul cas (soit 1 p. 100 de mortalité) et encore c'était une simple ligature dans un cas très grave avec néphrite secondaire, où nous aurions mieux fait d'attendre ou de nous abstenir selon les règles posées plus haut.

Un mot encore sur le goitre, qu'on appelle d'après Pierre Marie le *goitre basedowifié*. Nous n'en avons pas parlé, parce que pour cette forme, ou le Basedow s'ajoute à un goitre existant depuis longtemps, chirurgiens et médecins sont en parfait accord, qu'elle est *entièrement du ressort de la chirurgie* et que c'est par l'excision du goitre qu'on guérit le malade.

Je ferai seulement remarquer que l'on pourrait bien s'étonner de ce que certains auteurs, comme un des rapporteurs d'aujourd'hui, proposent l'énucléation *du noyau goitreux* seul comme suffisante pour guérir les symptômes basedowiens. Ce n'est pas du tout dans ces noyaux, colloïdes pour la plupart, que l'on trouve les changements anatomiques caractéristiques du goitre basedowien, mais bien plutôt dans le tissu intermédiaire.

Si quand même *l'énucléation* donne de bons résultats, il y a là une tout autre explication. Où bien il s'agit de noyaux adénomateux au commencement qui sont transformés dans des noyaux basedowiens hypertrophiques, ou bien on a affaire à ce que j'ai appelé le *jodbasedow*, c'est-à-dire à une forme de Basedow qui s'est ajouté à un goitre ordinaire sous l'influence d'une médication iodée exagérée. A mon avis c'est une forme très fréquente, sinon la forme principale du goitre basedowifié et l'on trouve (d'après les recherches de Albert Kocher) un très grand dépôt d'iode dans ces noyaux. En les extirpant on éloigne donc du coup ce magasin d'iode qui donnait lieu à une résorption continuelle. Mais il vaut quand même mieux faire l'hémithyroïdectomie pour se débarrasser, en même temps que de ces noyaux, du tissu thyroïdien interstitiel hypertrophié, qui fournit la sécrétion vicieuse, cause des accidents basedowiens. C'est seulement parce que les chirurgiens ont en grande partie l'habitude de combiner l'énucléation avec la ligature des deux artères thyroïdiennes du même côté, qu'ils ont des résultats satisfaisants

avec leurs opérations d'énucléation, le tissu hypertrophié laissé en arrière s'atrophiant en grande partie. Mais par cette atrophie même les avantages de l'énucléation deviennent illusoires.

Ce qu'il n'est pas permis de faire, c'est l'*excision* totale des deux lobes thyroïdiens. C'est, il faut l'admettre, un moyen très sûr d'en finir avec le syndrome basedowien, mais très sûr aussi pour faire arriver l'état bien plus désagréable de la cachexie thyréoprive du myxœdème. Bardenheuer, de Cologne, a fait de cette opération son intervention de choix pendant quelque temps, mais il n'a jamais publié ses résultats. Il faut donc corriger le propos de *Rehn* que Delore cite dans son rapport : « que plus on enlève du corps thyroïde plus on est sûr d'un bon résultat », en le remplaçant par la loi que j'ai formulée plus haut, soit qu'il faut — cas échéant par des *opérations successives* et répétées — enlever du tissu thyroïdien la quantité suffisante pour réduire l'hyperthyréose pathologique tout en conservant la fonction normale du reste de la glande [1].

1. Voir A. Kocher, *Congrès de Médecine interne*, Paris, 1906.

Coulommiers. — Imp. Paul BRODARD.